

## ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

### Educación en nutrición en escuelas de medicina.

### Un área que requiere un esfuerzo global

### *Nutrition education in medical schools.*

### *An area that requires a global effort*

Gustavo A. Quintero-Hernández, MD., Esp., MSc., FRSM.<sup>1</sup>

- .....
1. Profesor Titular de Carrera. Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, DC. Colombia

*El estudiante de hoy prefiere las materias de aplicación práctica y los métodos de aprendizaje activo, en contraste con el profesorado tradicional, que quiere enseñar materias teóricas y abstractas mediante el método pasivo de aprendizaje.*

José Félix Patiño Restrepo

## Resumen

La educación médica colombiana no es pertinente; por lo tanto, no resuelve las necesidades de la sociedad. Las necesidades de la sociedad, además de los aspectos biológicos del proceso salud-enfermedad, involucran factores no-médicos que influyen los resultados en salud. Los determinantes sociales de la salud tienen una importancia vital en las inequidades, e influyen de manera positiva o negativa la salud de las poblaciones. La nutrición hace parte de la salud alimentaria de las poblaciones y está considerada como una parte integral de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular del *objetivo hambre cero*. Esta área requiere de un esfuerzo global, pero también de introducir cambios fundamentales en la forma cómo se introducen en la enseñanza y el aprendizaje de la medicina, a través de métodos de aprendizaje activos y de trabajo colaborativo inter e intra profesional, para producir bienestar en los individuos y en las comunidades donde se ejerce la medicina. La nutrición podría ser un buen hilo conductor de esos aprendizajes.

**Recibido:**  
Octubre 07, 2022

**Aceptado:**  
Enero 13, 2023

**Correspondencia:**  
gustavo.quintero  
@urosario.edu.co

**DOI:** 10.56050/01205498.2246

**Palabras clave:** Educación Médica; Ciencias de la Nutrición; Currícula; Desarrollo Sostenible.

## Abstract

Colombian medical education is not comprehensive; therefore, it does not meet the society needs. The society needs, in addition to the biological aspects of the health-disease process, an involvement of non-medical factors that influence health outcomes. The social determinants of health are quite important in terms of inequities, and positively or negatively influence population health. Nutrition is part of the dietary population health and is also considered an integral part of the Sustainable Development Goals (SDG), in particular the *zero-hunger challenge*. This is an area that requires a global effort, but also needs to introduce fundamental changes in the way they are involved in the teaching and learning of medicine, through active learning methods and inter and intra-professional collaborative work, in order to produce well-being in individuals and in communities where medicine is practiced. Nutrition could be a good common thread for these learnings.

**Keywords:** Medical Education; Nutrition Sciences; Curricula; Sustainable Development Goals.

## Educación médica

La enseñanza de la medicina ha tenido en las últimas décadas cambios profundos en la forma como se enseña y como se aprende, y aún no cesan los esfuerzos para acomodarla a una realidad cambiante, pero sobre todo para hacer que la formación del médico –y de los profesionales de la salud en general– cumpla con la obligación de suplir las necesidades en salud de la sociedad.

Esto último no es un problema menor. La pertinencia en la enseñanza de la medicina es una dimensión de la calidad -ausente si se quiere- en la mayoría de los currículos de nuestro sistema educativo. Lo demostró Castro-Aguilar(1) en su tesis para optar por el título de Doctor en Salud Pública, en 2016, en la cual concluye que en Colombia “...el sistema educativo médico, y en concreto el segmento de educación y formación bajo la responsabilidad de la universidad, en todos sus estamentos, no es proactivo en favor de la pertinencia; reconoce mínimamente el nivel poblacional y sigue privilegiando el modelo biomédico individualizado...”

La dimensión fundamental de la calidad en la educación superior es la pertinencia, tal y como lo estableció la UNESCO (2) en la II Conferencia Mundial de Educación Superior llevada a cabo en París en 2009, en la cual se definió esta como la adecuación de la educación y de la investigación a las necesidades y demandas de la sociedad, es decir: la coherencia entre lo que la sociedad necesita y espera de las Instituciones de Educación Superior (IES) y lo que estas finalmente hacen.

En la educación médica y de la salud, desafortunadamente esa coherencia todavía está por lograrse. En el editorial para la Revista Chilena de Cirugía en 2014 (3), llamábamos la atención sobre para qué se enseña medicina, sino es para que los educandos contribuyan a aumentar el bienestar de la población en la cual intervienen, de una manera integrada.

Concordamos con Frenk y cols. (4) en el sentido de que la tercera ola de reformas a la educación médica debe estar basada en suplir las necesidades del sistema de salud donde los profesionales van a ejercer,

de forma tal que sus desempeños favorezcan al mismo, y en el cual los profesionales de la salud, en este caso los médicos, sean agentes de cambio capaces de transformar el sistema de salud para el cual ejercen, en el mejor interés de los pacientes. Lo que se conoce hoy en día como educación médica transformativa, definida como aquella que produce agentes de cambio, que debe estar, necesariamente basada en suplir las necesidades de la sociedad.

En otras palabras, “*el proceso de formación de los médicos debe estar subordinado a las estructuras económicas y sociales dominantes en las sociedades en las que se lleva a cabo*”(5), lo cual implica que no puede estar disociada de la realidad social, cultural e histórica de un país.

Los esfuerzos en ese sentido han sido, en general, infructuosos. Algunas escuelas de medicina hemos introducido los cambios necesarios para ajustar el proceso de enseñanza de la medicina a la realidad – en referencia con la pertinencia– y de otros aspectos, para la modernización de la educación médica actual.

Ha habido esfuerzos mixtos (gubernamentales y privados) para concertar comisiones que orienten la transformación de la educación médica colombiana, que han producido documentos valiosos que quedaron en el olvido, (6) o consensos entre escuelas y facultades de medicina del país, como el promovido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina –ASCOFAME en el año 2017, (7) que se ha venido desarrollando de a poco. Sin embargo, es necesario acelerar el paso para que estos cambios logren sus objetivos.

## Necesidades de la sociedad

Las necesidades en salud de la sociedad bien podrían significarse dentro de los determinantes sociales de la salud; aquellos factores no-médicos, que influyen los resultados en salud. Son esas condiciones en las cuales uno nace, crece, se desarrolla, trabaja, vive y envejece, que determinan el estado de salud o enfermedad de las poblaciones, y que tienen connotaciones políticas, sociales, culturales e históricas diferentes a las biológicas puramente dichas.

Para nosotros, existe una nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad que delimita un campo de acción de la salud y, por ende, de la educación médica, entendido como un proceso histórico, social y cultural en el cual está subsumido lo biológico (8). La salud no es un estado, no es una foto de un momento, es un proceso en el cual los determinantes sociales juegan un papel preponderante. No siempre se está sano, tampoco siempre se está enfermo y eso hace que, además, el proceso sea integrado e integral entre salud y enfermedad, lo que presupone un énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y en enseñar medicina para cuando se está sano y para cuando se está enfermo.

De ahí que el conocimiento, en la formación del médico, de esos determinantes y de cómo afectan el proceso salud-enfermedad sea vital para la transformación en salud que se requiere. Por eso, como bien decía Milton Roemer (9), se necesita una nueva raza de médicos; en el caso de nuestra escuela, comenzaron a graduarse con esa dirección desde el 14 de junio de 2019.

Cuando hablamos de integral e integrado implica que el proceso enseñanza-aprendizaje se haga de esa manera, y eso requiere también unas profundas reformas curriculares que involucren por lo menos tres cambios: el concepto salud-enfermedad, que incluye repensar para qué se enseña; el cómo se aprende, y para ello el proceso educativo debería estar basado en la comprensión; y el cómo se enseña, basado en resultados de aprendizaje (10).

Enseñar medicina de una manera integral e integradora también implica que las ciencias básicas, biomédicas, socio-humanísticas y de salud de poblaciones (salud pública), se enseñen de esa manera. El ser humano no viene compartimentalizado por ciencias y momentos, es *per se* integrado e integral. Enseñar medicina por compartimientos y de manera transmisionista (conferencias), que ilustra bien el método pasivo de aprendizaje, es obsoleto. Lo mandatorio, hoy en día, es enseñar de la misma manera que se va a ejercer –de manera integral– y para eso la enseñanza basada en resultados de

aprendizaje y en la resolución de casos-problemas (método de aprendizaje activo), permite esa aproximación a la educación médica del siglo XXI. Inclusive, en la actualidad, con la introducción de la medicina narrativa, el socio-humanismo se estila dentro de la presentación de los casos o problemas, como una narrativa desde la primera persona con lo cual quien nos narra es el que sufre (11).

Pues bien, esos determinantes sociales de la salud tienen una importancia vital en las inequidades, e influyen de manera positiva o negativa la salud de las poblaciones. Entre ellos figuran: el ingreso y la protección social, la educación, el empleo, las condiciones laborales, la seguridad alimentaria, la vivienda, el desarrollo infantil, la inclusión social y la no discriminación, la solución de conflictos y el acceso a los servicios de salud. Esas son necesidades de la sociedad – no biológicas– que influyen en la biología de la salud y de la enfermedad. Está claramente demostrado que entre más bajo sea el nivel de satisfacción de los determinantes, peor es la salud de esas comunidades y que estos podrían ser, incluso, más importantes que la atención en salud o los estilos de vida como influenciadores de la salud y el bienestar.

Lo que reclama la sociedad hoy en día es la satisfacción de esos determinantes sociales para poder implementar estilos de vida saludables que permitan la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La atención primaria en salud, tan mencionada desde *Alma Ata* en 1978, ha sido adoptada recientemente en nuestro país como el fundamento del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), pero no está implementada.

¿Cómo se puede implementar un modelo así, con médicos –y profesionales de la salud– enfocados hacia la alta especialidad? Médicos sin capacidad resolutoria a quienes el modelo de salud actual, fundamentado en una economía de mercado, no permite formar con pertinencia ni de manera integral.

Existe, además, una disociación entre la escuela de formación intramural y lo que ven en la práctica en el sistema de salud o cuando, en el mejor de los casos,

la formación del médico está basada en el hospital de alta complejidad, no en la atención comunitaria con enfoque en atención primaria renovada. Entre otras cosas, porque en Colombia, es difícilísimo encontrar escenarios de práctica que faciliten ese enfoque, por lo menos hasta ahora, que el sistema de salud ha promulgado la regulación de los escenarios de práctica en su totalidad e incluyó a aquellos que permiten la formación en atención primaria en salud.

El modelo mencionado, por otra parte, ha sustentado su eje práctico en la medicina familiar (otra especialidad médico-quirúrgica), y no en el médico general. Colombia necesita buenos médicos generales, con capacidad resolutoria de por lo menos el 80% de las afecciones que padecen las poblaciones, con un alto valor humanista y capaces de mantener comunidades saludables a través de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Esa es la pertinencia que estamos esperando del proceso formativo, pero también esboza los cambios que hay que introducir en el sistema de salud.

Algunos se preguntan si es mejor reformar el sistema de salud para luego sí, reformar el sistema de educación en salud, que están interrelacionados. Ambas cosas, diría yo, pero desde lo que nos corresponde, en un esquema de educación transformativa como lo incentiva Frenk, es necesario empezar a introducir esos cambios al nivel que a uno le corresponda.

## Seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria hace referencia a la disponibilidad suficiente de **alimentos**, su acceso oportuno y su aprovechamiento biológico, de manera estable a través del tiempo. Hay seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos para alcanzar una vida sana y activa (12). La seguridad alimentaria es una parte integral de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular del objetivo *hambre cero*.

La utilización, normalmente se entiende como la forma en la que el cuerpo aprovecha los diversos nutrientes presentes en los alimentos. El ingerir energía y nutrientes suficientes es el resultado de buenas prácticas de salud y alimentación, la correcta preparación de los alimentos, la diversidad de la dieta y la buena distribución de los mismos dentro de los hogares. Si combinamos esos factores con el buen uso biológico de los alimentos consumidos, obtendremos la condición nutricional de los individuos (13).

Al analizar la inseguridad alimentaria, no basta con conocer la duración del problema por el que están pasando las personas. También es necesario saber cuán intenso o severo es el impacto de dicho problema en la seguridad alimentaria en general y en el estado nutricional individual (14). Solo basta mirar el impacto de la malnutrición y el hambre en vastas áreas del mundo y del país, o el de la obesidad que tiene características globales y locales como causa mayoritaria de graves problemas de enfermedad y muertes evitables.

Es decir, este es un problema de salud pública que requiere de intervención multinivel. Es una necesidad de la sociedad hacia la cual se debe estar de frente en la formación del médico y de los profesionales de la salud. Un área que requiere un esfuerzo global.

Entonces, la nutrición bien podría ser el hilo conductor de los aprendizajes en medicina.

La medicina es una actividad inmensamente moral, como la definió el profesor José Felix Patiño en su libro *Metabolismo, Nutrición y Shock*. En el capítulo sobre las bases biológicas de la nutrición, define estas bases como la esencia misma del proceso vital. No se limitó Patiño a definir las bases termodinámicas y genéticas de este proceso, sino que hizo un extenso viaje por el tiempo y el espacio que se inicia con la paleoquímica, para a través de la nutrición “explicar el origen de la vida misma, su permanencia y su desarrollo sobre la Tierra” (15).

Porque como él mismo lo decía en sus conferencias: *el origen de la vida es inseparable del origen de los elementos químicos*. Un ser vivo es un organismo adaptativo, una estructura disipativa. Para él,

la vida era el balance entre el catabolismo y el anabolismo y en consecuencia la nutrición, el factor determinante de la evolución. La bioquímica del génesis. La conjunción y la síntesis de las ciencias de la vida ¡Nada menos!

¿Cómo puede uno estudiar las ciencias de la vida sin entender la nutrición? Y después, ¿cómo puede proveer la seguridad alimentaria sin entender las ciencias de la vida?

La nutrición debería ser entonces, el hilo conductor de los aprendizajes para comprender los fundamentos de la medicina, la importancia del proceso alimentario para la comprensión práctica de la utilidad de las ciencias básicas y biomédicas, para entender la fisiología del movimiento y del pensamiento, de lo cognitivo, de la salud y la enfermedad, de los estilos de vida saludable, de la epigenética, del entorno y las circunstancias para vivir mejor y del aporte de la nutrición intervencionista en la clínica para saldar deudas metabólicas en el paciente severamente enfermo.

Una profesión pertinente no puede dejar de lado este aspecto fundamental de la vida humana sin costos sociales evidentes.

## Nutrición en el currículo de medicina

En un entorno que forma médicos para la especialización (educación basada en el hospital de alta complejidad), y no para la resolución de problemas comunes (educación basada en la comunidad), la no pertinencia del currículo es perversa y mas aun, cuando se trata de problemas nutricionales que terminan diferidos –como por ejemplo la obesidad– a un manejo desintegrado que agrava las condiciones de salud y las complicaciones relacionadas como la diabetes o la enfermedad cardiovascular, entre otras.

Hay que darle mayor relevancia a la nutrición en el currículo para la formación del médico y de los profesionales de la salud, pero de una manera integral. La solución no puede ser introducir una

cátedra de nutrición en quinto semestre, porque –como ya lo advertimos– la nutrición es un aspecto sistémico del ser humano que debe enseñarse de forma integrada y no particionada a un semestre de la carrera y por unas pocas horas. Eso sería un gravísimo defecto.

En medicina, la nutrición tuvo un papel, durante mucho tiempo, para explicar las deficiencias en algunas enfermedades y se ha quedado ahí y para eso. Pero el mundo cambió hasta el punto de incluir la seguridad alimentaria en uno de los ODS porque, entre otras cosas, comer hoy en día podría ser insano (16) y si se le asocia al sedentarismo, podría ser mortal.

Por otro lado, la investigación en el campo de las ciencias básicas cambió hacia la biología celular y molecular, las enzimas y la función endocrina. La expansión en el diagnóstico y el tratamiento también movió el foco de la medicina desde la fisiología, la bioquímica, la prevención y el cuidado integral hacía el tratamiento con medicamentos, y hoy en día ese es más el centro de la investigación (17).

Como consecuencia de estos cambios, la mayoría de los médicos en el mundo no tienen un buen entrenamiento en nutrición y el futuro no se ha adaptado a esos cambios, lo que presupone un momento peligroso para el porvenir de la práctica médica en relación con las necesidades de la sociedad (pertinencia) (18).

El trabajo realizado por Cuerda y cols (19) a través de la encuesta de ESPEN, en la cual participaron 56 universidades de 29 países alrededor del mundo, entre ellas 3 colombianas –incluyendo la nuestra– y en la cual se indagaba sobre cómo se enseña la nutrición clínica en los currículos de medicina, demostró que esta es un área de gran preocupación.

En la mayoría de universidades, la nutrición está embebida dentro de la enseñanza de otras disciplinas tales como pediatría, gastroenterología, endocrinología, cuidado crítico, etc. y por medio de conferencias sobre el tema. Una de las conclusiones del estudio es que este tema debe ser abordado de manera transcurricular y con el método de aprendizaje activo.

## Recomendaciones

Nosotros consideramos que los cambios para introducir una enseñanza significativa de la nutrición en los estudiantes de medicina, debe hacerse incorporándola a la enseñanza basada en casos, en los cuales de manera integrada se toquen aspectos nutricionales que, en la vida real, cada persona enfrenta cotidianamente, de forma tal que aparezca como una ciencia integrada al contexto (enseñar para comprender); además, integrándola dentro del programa de exposición clínica y comunitaria temprana, para que estos aprendizajes tengan sentido dentro de las vivencias de la comunidad como un aprendizaje activo; todo esto de una manera transcurricular y no de momento.

Por otro lado, estos aprendizajes deben tener una vivencia interprofesional, como ocurre en la educación en salud moderna, en la que el estudiante de medicina entienda que hace parte de un equipo multidisciplinario que tiene al paciente en el centro de su práctica y para servirlo humanamente, y comprenda el valor de otras disciplinas del conocimiento dentro del cumplimiento de su misión (20).

## Conflictos de interés

Ninguno.

## Financiación

No hubo.

## Referencias

1. Castro O. *Análisis de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana. Enlace educativo y formativo en salud pública Tesis de grado. [Internet]. 2016. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/57136>*
2. UNESCO: *II Conferencia Mundial de Educación Superior (IICMES). Las Nuevas Dinámicas de la Educación Superior y de la Investigación para el Cambio Social y el Desarrollo. Paris. 2009. [Internet]. [Consultado 3 Jun 2022]. Disponible en: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183277\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183277_spa)*

3. Quintero GA. *Perspectivas sobre la educación médica en América Latina*. [Internet]. *Rev Chil Cir.* [Consultado 3 de junio 2022] 2014; 66(5): 412-413. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262014000500001](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000500001)
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. Disponible en: [https://www.academia.edu/14689091/Health\\_professionals\\_for\\_a\\_new\\_century\\_transforming\\_education\\_to\\_strengthen\\_health\\_systems\\_in\\_an\\_interdependent\\_world](https://www.academia.edu/14689091/Health_professionals_for_a_new_century_transforming_education_to_strengthen_health_systems_in_an_interdependent_world)
5. García JC. *La educación médica en América Latina. OPS/OMS, Publicación Científica (255)* [Internet]. 1972. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3164/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(12\),%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3164/Educacion%20medica%20y%20salud%20(12),%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Quintero GA, editor. *Documento de Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia*. Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia; 2017. Bogotá. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/recomendaciones-comision-para-la-transformacion.pdf>
7. ASCOFAME. *Consenso de Montería sobre Educación Médica*. 2017. [Internet]. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: [https://ascofame.org.co/web/consenso\\_monteria/#1509566110678-c74119ac-432a](https://ascofame.org.co/web/consenso_monteria/#1509566110678-c74119ac-432a)
8. Quevedo E. *Comprensión histórico-crítica del proceso salud-enfermedad: base para una reforma curricular en medicina*. En: Quintero GA, editor. *Educación Médica: diseño e implementación de un currículo basado en resultados de aprendizaje*. [Internet]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2012. p. 269-314. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: <https://app.box.com/s/y6bl5watokqs1m25erkp>
9. Quevedo E, Palacios L, Núñez MC, Sánchez MC. *El renacer de una ilusión. Historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario 1969-2019*. [Internet] Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2021. p. 274. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1x0kcbx>
10. Quintero GA. *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados de aprendizaje*. 1ª. ed. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2012.
11. Rosas CA. *Medicina narrativa: el paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión*. *Acta bioethica.* 2017;23(2):351-359. doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200351
12. *Conceptos Básicos Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA)* [Internet]. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: [www.fao.org](http://www.fao.org)
13. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. *La seguridad alimentaria: Información para la toma de decisiones. Guía práctica 2011*. [Internet] [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf>
14. *Ibid*
15. Patiño JF, Echeverri S. *Metabolismo, Nutrición, y Shock. Soporte Nutricional en el Paciente con Cáncer*. 4ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 1-30.
16. Hueston W, Mcleod A. *Overview of the global food system: changes over time/space and lessons for future food safety*. [Internet] En: Institute of Medicine (US). *Improving Food Safety Through a One Health Approach: Workshop Summary*. Washington, DC: National Academies Press; 2012. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114491/>
17. National Academy of Sciences. *Nutrition Education in US Medical Schools*. [Internet] Washington, DC: National Academies Press; 1985. [Consultado 11 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4042309/>
18. Blunt SB, Kafatos A. *Clinical nutrition education of doctors and medical students: solving the catch 22*. *Adv Nutr* 2019;0:1-6. doi.org/10.1093/advances/nmy082
19. Cuerda C, Schneider SM, Van Gossum A. *Clinical nutrition education in medical schools: Results of an ESPEN survey*. *Clin Nutr.* 2017;36(4):915-916. doi.org/10.1016/j.clnu.2017.05.001
20. Cavuoto M, Block L, Olvet DM, Sheridan EM, Dougherty R, Whitson M, John JT, Barilla-LaBarca ML, DiFiglia-Peck S, Fornari A. *Implementation of an Interprofessional Nutrition Workshop to Integrate Nutrition Education into a Preclinical Medical School Curriculum*. *Journal of the American College of Nutrition.* 2021;40(2):111-118. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07315724.2020.1737985>